Lane Medical Library

Beitrag
zur Anatomie der Leistenhernien.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

Medicin, Chirurgie und Geburtshülfe,

welche

nebst beigefügten Thesen

mit Zustimmung

der hohen Medicinischen Fakultät

der Königlichen Universität Greifswald

am

Dienstag, den 30. Juli 1901,

Morgens 10 Uhr

in der Aula der Universität

öffentlich verteidigen wird

Paul Dziekan

aus Breslau.

Opponenten:

Herr Drd. A. Tresp.

Herr Drd. J. Panföder.

Greifswald.

Druck von Julius Abel.

1901.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Greifswald.

Landois, z. Dekan.

Referent: Professor Dr. Bier.

Seinen lieben Eltern

in Dankbarkeit

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40154003_0012

Das beste Bild von der Häufigkeit einzelner Krankheiten gewinnt man an der Hand von Statistiken, wofern man die Gewissheit hat, dass die Anforderungen, welche an eine solche bezüglich der Anzahl der beobachteten Fälle, vor allen Dingen aber bezüglich der Genauigkeit der Aufzeichnungen gestellt werden, erfüllt sind. Dies wird viel eher dann der Fall sein, wenn die Statistik von einem Autor stammt, der sich nur auf eigene Beobachtungen stützt, für deren Wahrheit er bürgen kann, als wenn dieselbe das Resultat der Beobachtungen mehrerer Personen ist, deren Angaben sich nicht so leicht kontrollieren lassen wie im ersten Falle, sodass der betreffende Herausgeber für Wahrheit und Genauigkeit weniger Gewähr leisten kann.

Dergleichen Bedenken kommen bei dem von Paul Berger im Jahre 1896 erschienen Buche „Über Unterleibsbrüche“, welches die Ergebnisse der Beobachtungen von 10000 Bruchkranken enthält, in Fortfall, wie wir

uns durch einen Blick auf die Einleitung des Werkes überzeugen können. In derselben bespricht Verfasser die Art und Weise, in welcher er seine Zusammenstellungen gemacht. Er giebt an, dass er die Untersuchungen stets selbst vornahm, ausgenommen die Zeit „während der Dauer einer Preisaufgabe“, bei welcher er als Preisrichter fungierte. Die Fragen, welche er an seine Patienten richtete, wiederholten sich bei jedem einzelnen in gleicher Weise und bezogen sich auf Alter, Zeit und Veranlassung der Entstehung ihrer Brüche. Bei der Untersuchung selbst nahm er nicht nur das Bruchleiden, dessentwegen der Patient sich bei ihm Rat erholte, in Augenschein, sondern widmete in gleicher Weise auch den übrigen Bruchpforten seine Aufmerksamkeit, forschte nach, ob dieselben doppelt oder mehrfach vorhanden waren und suchte durch Befragen über den früheren Gesundheitszustand der Patienten im Verhältnis zu ihrem jetzigen, über ihre bisherige Behandlung, ihren Beruf, über persönliche Erinnerungen und Erblichkeitsverhältnisse sich ein möglichst vollkommenes Gesamtbild jedes einzelnen Falles zu verschaffen. Den Vorzug einer derartig genau ausgearbeiteten Statistik vor anderen kennzeichnet er selbst, wenn er am Schlusse dieser Erläuterungen über die Anfertigung seiner Arbeit sagt: „Es kann sich also

nur um Thatsachen handeln, die ich zusammengestellt habe, oder um Fehler, welche einer falschen Diagnose, oder einem Schreibfehler, der mit unterlaufen sein kann, entsprangen — bei der Sorgfalt indessen, welche ich allen Erhebungen zugewendet habe, darf ich zuversichtlich glauben, dass ihre Zahl eine verschwindend kleine nur sein kann.“

Was die Häufigkeit des Vorkommens der Brüche anlangt, so gelangt Berger einmal zu dem Resultate, dass dieselben ausserordentlich häufig auftreten und dass zweitens die Leisten- und Schenkelbrüche alle anderen Brucharten an Häufigkeit übertreffen.

Nach seiner Statistik beträgt die Anzahl der an einem Bruchleiden erkrankten Personen in ihrer Gesamtheit beim männlichen Geschlecht etwas weniger als 75 %, beim weiblichen Geschlecht 25 % oder etwas mehr. Von diesen sind etwa 96 % der Männer mit Leistenbrüchen behaftet, während weiblicherseits der Prozentsatz derselben Kategorie 44 % beträgt.

Was die Schenkelbrüche anlangt, so finden sich dieselben auf männlicher Seite nur bei 6,6 % aller mit Brüchen überhaupt behafteten Personen, während das weibliche Geschlecht sich mit einer Anzahl von 37 % daran beteiligt. Alle übrigen Brüche sind mit Ausnahme

vielleicht der Nabelhernien, die bei Männern 5,46 % und bei Weibern 27,34 % aller vorkommenden Hernien ausmachen, selten. So treten die epigastrischen Brüche, das sind die zwischen Nabel und Schwertfortsatz befindlichen Hernien, einschliesslich den Brüchen der linea alba in 1,37 % der Gesamtheit der Brüche auf. Von den ausserordentlich selten vorkommenden Laparocelen, Ventral- oder Bauchbrüchen konnte er im ganzen 6 beim Mann, 29 bei Frauen beobachten. In diese Kategorien der seltenen Brüche gehören ausserdem noch die Brüche des Foramen obturatorium, von denen Berger einen Fall beobachtete, die Lendenbrüche, von denen ihm 2, die hypogastrischen Brüche mit 4 an der Zahl und Narbenbrüche, von denen ihm 4 aufstiessen.

Aus den vorerwähnten Zahlen ist zur Genüge ersichtbar, in welch ausserordentlich grosser Ausdehnung die Brüche, vor allem aber die Leisten und Schenkelbrüche auftreten. Nicht gering sind auch die Gefahren, welche durch das Vorhandensein eines Bruches oftmals entstehen oder doch jederzeit entstehen können, sei es, dass dieselben durch schlecht sitzende Bruchbänder oder auf andere Weise durch Inflammatio bezw. Incarceratio und ähnliche Komplikationen hervorgerufen werden. Gelingt es hierbei auch oft einer sichergestellten Diagnose

und einer erfolgreichen Therapie allen schädlichen Folgen nach Möglichkeit vorzubeugen, so erfordern wiederum jene Fälle, in denen eine Operation erfolgen muss, eine genaue Kenntnis des Operationsgebietes, und um so grösseres Interesse dürfen wohl jene Fälle beanspruchen, in denen die Verhältnisse in anatomischer Hinsicht abweichend von der Norm liegen. Deshalb erscheint es angebracht, derartige Fälle zu veröffentlichen und dadurch zur Kenntnis der Allgemeinheit zu bringen.

Ich bin in die Lage versetzt, einen an der hiesigen Chirurgischen Klinik zur Operation gekommenen Fall von Hernia inguinalis dextra congenita incarcerata zur Veröffentlichung bringen zu können, welcher in anatomischer Hinsicht einige Besonderheiten bietet.

Bevor wir auf den Fall selbst näher eingehen, erscheint es angebracht, über das Verhalten des Peritoneums als Bruchsack und über das Vorkommen von Kryptorchismus bei Hernien einige Worte zu sagen.

Während sich für gewöhnlich das Peritoneum bei den Brüchen in der Weise beteiligt, dass es eine einfache Hülle des Bruches, den sogenannten Bruchsack darstellt, bildet es mitunter Ausstülpungen, die sich als sogenannte Bauchfelldivertikel zwischen Peritoneum und Fascia transversa hinein erstrecken. Diese Divertikelbildungen

finden sich verhältnismässig ziemlich häufig vor und sind wahrscheinlich als angeborene Bildungsanomalieen des parietalen Bauchfelles anzusehen.

Philipp Best erwähnt in seiner Dissertation aus dem Jahre 1888 „Einige Fälle von Anomalieen des Bruchsackes", dass diese Divertikel bereits Rokitansky bekannt waren, der in der ersten Auflage (Band 3, pag. 165) seiner pathologischen Anatomie darauf hinwies, dass er bisweilen abnorme überzählige Peritonealfalten beobachtet habe, „die sich vor allem auf dem hypogastrischen Bauchabschnitt finden, zumal auf den Aushöhlungen der Darmbeine und in den Inguinalgegenden beiderseits neben dem Harnblasenscheitel, in Form von Taschen mit weitem spaltförmigen, oder ringförmigen engen Zugange", und die er als ein Bildungsübermass des Bauchfelles erklärte.

Auch Benno Schmidt erwähnt in seinem Buche „Die Unterleibsbrüche" das ziemlich häufige Vorkommen dieser Divertikel, namentlich in der Gegend der flexura iliaca, nahe der Mündung des Leistenkanals und seitlich der Harnblase. Im Gegensatz zu Rokitansky glaubt Schmidt, dass dieselben entzündlichen Ursprunges seien, d. h. die Folgen einer im foetalen Leben stattgehabten Peritonitis sind. Ebenso ist er der Ansicht, dass die

Peritonealtaschen, welche an verschiedenen Stellen des parietalen Blattes des Bauchfelles sich vorfinden, gleichfalls entzündlichen Ursprungs sind. Eine eingehendere Beschreibung und Darstellung dieser, unter anderem auch in der Fossa inguinalis media vorkommenden Taschen hat Englisch, welcher dieselben als praeformierte Bruchsäcke für innere Leistenbrüche ansieht, gegeben.

Derselbe schreibt: „Während bei jüngeren Individuen das Peritoneum über das lig. vesico-umbilicale medium, laterale und über die Art. epigastrica, sowie über die zwischenliegenden Gruben glatt gespannt erscheint, finden sich gegen oder über das 40. Jahr hinaus an diesen Stellen zahlreiche Unebenheiten vor. Neben zahlreichen, durch stärkere Anhäufungen des subperitonealen Fettes bedingten Erhabenheiten bestehen beiderseits an der äusseren Seite des lig. vesico-umbilicale laterale symmetrische Ausstülpungen des Bauchfells, welche zwischen diesem und der fascia transversa herabsteigen und bei ihrer weiteren Entwicklung die vordere Bauchwand durchsetzen. Betrachtet man die hintere Fläche der vorderen Bauchwand von der Bauchhöhle aus, so sieht man an den bezeichneten Stellen in 6 unter beiläufig 300 Fällen unterhalb des oberen Drittels des lig. vesico-

umbilicale laterale an dessen äusserer Seite paarige Öffnungen, durch welche man in die genannten Ausstülpungen des Bauchfells gelangt; dieselben sind nicht immer gleich gross und liegen auch nicht immer in gleicher Höhe. Ihre Begrenzung ist noch unten zu eine halbmondförmige Falte, deren Enden allmählich oben in das Peritoneum übergehen, jedoch so, dass das innere Ende der Falte etwas höher steht, als das äussere. In demselben Verhältnis, als die Öffnungen bei der weiteren Entwicklung der Ausstülpung tiefer rücken und grösser werden, wird auch ihre Umrandung nach unten zu weniger scharf. Durch diese Öffnungen gelangt man in die paarigen Ausstülpungen des Bauchfells, die als Blindsack zwischen dem Peritoneum und der fascia transversa gelegen sind."

Unter Kryptorchismus versteht man jene Erscheinung, bei welcher der Hoden sich nicht im Scrotum vorfindet, sondern ausserhalb desselben im Leistenkanal oder in der Bauchhöhle selbst liegt. Bekanntermassen liegen die Hoden beim foetus in der Bauchhöhle zu beiden Seiten der Lendenwirbel; sie sind vom Bauchfell überzogen und hängen an einem kurzen Gekröse, dem sogenannten Mesorchium.

Im Laufe der weiteren Entwickelung rücken die Hoden allmählich tiefer bis an den Eingang des processus

vaginalis, treten in denselben hinein, durchwandern den ganzen Leistenkanal und gelangen schliesslich in das Scrotum. Dieser descensus testiculi ist gewöhnlich zur Zeit der Geburt abgeschlossen, doch kommt es auch vor, dass ausnahmsweise ein Hoden im Leistenkanal oder in der Bauchhöhle stecken bleibt. Solche Fälle von Kryptorchismus sind ziemlich häufig vorkommend. Berger berichtet uns, dass er unter 10000 Brüchen 216 angeborene bei Männern und 263 bei Knaben vorfand. Von diesen gingen 69 bei Männern und 79 bei Knaben mit Ektopie des Hodens teils in die Bauchhöhle, teils in die Leiste, oder in den äusseren Leistenring einher.

In dem von mir sogleich näher zu beschreibenden Falle handelt es sich hinsichtlich des Peritoneums um ähnliche Taschenbildungen, wie sie in der Litteratur bereits mehrfach bekannt gegeben.

Was die Verhältnisse des Hodens in diesem und ähnlichen aus der Litteratur ersichtlichen Fällen anlangt, so sollen dieselben unmittelbar im Anschluss an die Krankengeschichte beschrieben werden.

Paul T., Meier, 31 Jahr alt, aus Greifswald. Aufgenommen, 23. IV. 01.

Diagnose: Hernia inguinalis dextra congenita incarcerata.

Anamnese: Patient ist nach eigener Angabe bisher nie krank gewesen. Er hat soweit er sich erinnern kann stets auf der rechten Seite einen Bruch gehabt; derselbe hat ihm jedoch bis dato niemals Beschwerden gemacht, sodass er auch bislang ärztliche Hilfe nicht in Anspruch zu nehmen brauchte. Als Patient am 22. d. Monats auf der Strasse ging, traten plötzlich heftige Schmerzen im Unterleib, besonders in der Gegend des Nabels und rings herum um denselben auf, ähnlich wie wenn Patient von starkem Leibschneiden befallen würde. Er unterbrach sogleich seinen Weg, begab sich nach Hause und legte sich zu Bett. Die Schmerzen waren indes zu gross, als dass er hätte ruhig liegen bleiben können. Er schickte deshalb zum Arzt. Derselbe erschien und versuchte den Bruch zu reponieren. Da sich jedoch die Unmöglichkeit der Reposition herausstellte, so sandte dieser ihn in die Chirurgische Klinik, wohin sich Patient alsbald zu Fuss begab. Daselbst gab der Kranke auf weiteres Befragen an, dass er den Bruch bislang stets selbst zurückzudrängen vermochte. Einen Grund für die bestehende Einklemmung vermochte er nicht anzugeben. Früher, so gab er weiterhin an, hatte er nur äusserst selten und dann meist geringe Schmerzen. Die Grösse des Bruches war, wenn derselbe vollkommen herausgetreten, die von 2 Mannes-

fäusten. Der Hoden war nach seiner Aussage in der Geschwulst als ganz kleiner Körper fühlbar, die übrige Geschwulstmasse zeigte eine weiche und wässrige Konsistenz.

Status praesens: Patient ist von grosser Statur, besitzt einen kräftigen Knochenbau und gut entwickelte Muskulatur. Wangen und sichtbare Schleimhäute sind von normaler Farbe. Die Temperatur ist nicht erhöht. Der Puls ist voll, kräftig, regelmässig und beträgt etwa 76 Schläge in der Minute. Der Kranke klagt über starke Schmerzen in der Leistengegend. Diese Gegend ist von einer über Kindskopf grossen, prallen Geschwulst eingenommen, welche oberhalb des Poupart'schen Bandes mit einem Stiel aus der Bauchhöhle entspringt und sich nach unten in die rechte Hodensackhälfte fortsetzt und absolut irreponibel ist. Die Perkussion ergiebt Darmschall. Der rechte Hoden ist nicht fühlbar, der äussere Leistenring sehr eng. Der linke Hoden ist deutlich fühlbar und zeigt normale Grösse.

Die nachträglich vorgenommene Untersuchung ergab Herz und Lungen gesund.

Morgens 9 Uhr erfolgt die Operation in Chloroformnarkose, ausgeführt von Herrn Prof. Dr. Tilmann.

Es wird ein Schnitt geführt vom äusseren Leistenring nach abwärts über die Höhe der Geschwulst circa

12—14 cm lang. Es erfolgt vorsichtiges Eingehen und Durchtrennung der verschiedenen Bruchsackhüllen mit Kocher'scher Sonde und Scheere. Bei Eröffnung des Bruchsackes entströmt eine reichliche Menge seröser Flüssigkeit. Im Bruchsack findet sich eine grosse Dünndarmschlinge, die sich leicht weiter hervorziehen lässt und einen schwach angedeuteten Schnürring aufweist; das Aussehen der Schlinge ist ein vollkommen gesundes. Die Bruchpforte wird von oben her mit allmählicher Präparation durch das Bruchsackperitoneum und die Bruchhüllen hindurch mit der Scheere eingekerbt und der Darm in die Bauchhöhle gestopft. Der nunmehr leere Bruchsack ist an seiner Innenfläche in seiner ganzen Ausdehnung mit Peritoneum ausgekleidet (s. Figur V.) Dieses Peritoneum tritt aus dem für einen Finger durchgängigen Leistenring heraus, verläuft dann nicht direkt zum Hodensack, sondern schlägt sich vorher an dem ganzen Umfange des Leistenringes nach allen Seiten hin um und liegt in einem Umkreis von 3—4 cm der vorderen Fläche der Bauchmuskulatur ebenso an, wie das Peritoneum parietale der Bauchwand, dann erst schlägt sich das Peritoneum abermals um, um nach abwärts zu ziehen und weiterhin die Innen- des gesamten, im allgemeinen normal entwickelten

Scrotum auszukleiden. Diese so entstehende Höhle ist nach Reposition der Darmschlingen leer; sie stellt eine nur durch den Leistenring mit der Bauchhöhle in Verbindung stehende Nebenhöhle dar mit völlig glatten vom Peritoneum überzogenen Wandungen. Nun erst erscheint hinter dem Leistenring in der Bauchhöhle frei liegend, der Hoden. Derselbe ist haselnussgross, stark atrophisch und hängt an einem eigenen ausgesprochenen Mesenterium, welches ihn und den Samenstrang in gleicher Weise umkleidet bzw. einhüllt wie es beim Darm der Fall ist.

Dieser mesenteriale Vorsprung beginnt an der Mitte des Randes des kleinen Beckens (s. Figur IV.), wo das vas deferens wieder retro peritoneal wird und verlängert sich bis zum Hoden, wo es etwa 10 cm lang ist. Der Ursprung des den Hoden einschliessenden Peritoneums liegt nahe am Leistenring. So liegt also der Hoden nebst Samenstrang intraperitoneal.

Nunmehr werden die Bruchsackhüllen nebst Bruchsackperitoneum teils stumpf, teils mit der Scheere abgelöst bis zum äusseren Leistenring. Um den Samenstrang und Hoden extraperitoneal zu lagern, wird ungefähr von der Mitte des ersteren ab das Peritoneum mit Tabaksbeutelnaht vereinigt und versenkt.

Der atrophische Hoden wird nach Nicoladoni an

die Grenze zwischen Scrotum und Damm an die Haut angenäht. Die Bruchpforte wird nach Bassini geschlossen. Es erfolgt die Hautnaht und Anlegung eines Heftpflasterverbandes.

Was das eigentümliche Verhalten des Hodens im vorliegenden Falle anlangt, so darf man wohl annehmen, dass der descensus desselben in der foetalen Periode nicht in der Weise vor sich gegangen, wie es gewöhnlich der Fall ist, und wie es aus Figur 1 und 2 — descensus testiculi im IV. und VI.—VII. Monat — ersichtlich ist, sondern dass der Hoden sich dabei in der Weise verhalten wie Figur III es veranschaulicht. Hier gleitet der Hoden nicht einfach längs des Bauchfells in das Scrotum hinab, sondern bahnt sich direkt einen Weg nach vorn, indem er das Peritoneum vor sich herschiebt und auf diese Weise durch einen mesenterialen Stiel mit der hinteren Bauchwand in Verbindung steht. Während nun das Peritoneum, welches den Hoden umhüllt, sich nach oben hin einfach auf die hintere Bauchwand überschlägt, bildet es im unteren Teile an der Übergangsstelle eine Falte.

Ähnliche Fälle wie der vorliegende, in Bezug auf die Verhältnisse des Hodens, sind aus der Litteratur 3 bekannt.

Zwei von diesen erwähnt Nicoladoni in seiner Abhandlung: „Die Torsion des Samenstranges, eine eigen-

artige Komplikation des Kryptorchismus.“ Im ersten von beiden Fällen (Kocher) handelt es sich um einen Bauchhoden — das Präparat ist in der Göttinger Sammlung vorhanden —, bei welchem der Hoden „sich durch ein langes Mesorchium auszeichnet, an welchem er mit seinem oberen Pole nach abwärts hängt.“ Bei dem 2. Falle (Volkmann) wurde wegen akuter, eitriger Periorchitis die Operation vorgenommen, bei welcher sich herausstellte, dass „der Hoden ein sehr schmales und langes, unterhalb des caput epididymidis sich inserierendes Mesorchium“ hatte; der Hoden selbst befand sich im Scrotum.

Den 3. Fall citiert C. Lauenstein (Hamburg) in einem Vortrag: „Die Torsion des Hodens“ (Sammlung klin. Vorträge von R. Volkmann No. 92); dieser Fall gelangte an der Breslauer Klinik unter Herrn Geheimrat Miculicz zur Operation behufs Torsion des Hodens, und es stellte sich hierbei heraus, dass der Hoden an einem 6 cm langen Mesorchium hing; auch hier befand er sich im Scrotum.

Diese 3 vorerwähnten Fälle stimmen mit dem von mir beschriebenen darin überein, dass der Hoden nicht wie gewöhnlich fixiert ist, sondern an einem ziemlich langen Mesorchium hängt. Sie unterscheiden sich von

diesem Falle insofern, als es sich bei Fall I nicht um einen Leistenhoden, sondern um einen noch in der Bauchhöhle befindlichen Testikel handelt, während bei Fall 2 und 3 der Hoden im Scrotum liegt.

Es scheint deshalb angebracht, den von mir beschriebenen Fall zu veröffentlichen, weil einmal eine genauere Beschreibung dieses eigentümlichen Verhaltens des Hoden bis jetzt noch nicht gegeben worden ist, als auch, weil in der Litteratur meines Wissens kein Fall bekannt ist, in welchem gleichzeitig mit dieser Anomalie des Testikels auch eine solche des Peritoneums vorhanden war.

Epikrise: Das Befinden des Patienten nach der Operation ist gut. Der Puls voll, kräftig und regelmässig. Kein Fieber. Urin wird spontan entleert. Patient erhält 4 Tage lang flüssige Diät; die ersten drei Tage hindurch Opium. Auch in der nächsten Zeit bleibt das Befinden zufrieden stellend, sodass schliesslich nach völlig temperaturlosem Verlauf Heilung per primam erfolgt.

3. V. 01. Am 10. Tage nach der Operation stellt sich infolge längeren Aufrichtens des Patienten im Bett behufs Untersuchung von Herz und Lungen ein Bluterguss an der Wunde ein, der jedoch mittels Priessnitz rasch zurückgebracht wird.

10. V. 01. Patient steht ohne Beschwerden eine Zeit lang auf.

13. V. 01. Patient wird entlassen. Die Wunde zeigt sich vollkommen geheilt; der Bruchpfortenverschluss ist fest, es macht sich keine Vorwölbung bemerkbar.

Am 21. VII. 01. fand eine nochmalige Untersuchung des Patienten, der inzwischen nach D. verzogen war, durch einen dortigen Arzt statt. Dieselbe ergab das Resultat, dass der Erfolg der Radikal-Operation ein ausgezeichneter ist. Es ist keine Spur von Recidiv vorhanden, auch bei starkem Husten und Pressen nicht. Der rudimentäre Hoden ist am Grunde des Hodensackes gelegen und bei Druck schmerzlos. Patient hat keinerlei subjektive Beschwerden und befindet sich vollkommen wohl.

Am Schlusse meiner Arbeit sei es mir gestattet, Herrn Prof. Dr. Tilmann für die freundliche Überweisung des Falles und die liebenswürdige Unterstützung bei der Bearbeitung desselben, sowie Herrn Prof. Dr. Bier für die gütigen Anweisungen betreffs der Arbeit, meinen ergebenen Dank auszusprechen. Auch Herrn Kollegen Gamerschlag sage ich für die Anfertigung der Zeichnungen besten Dank.

Litteratur.

Berger, P., Über Unterleibsbrüche.

Best, Philipp, Einige Fälle von Anomalien des Bruchsackes.

Langenbeck, Archiv für klinische Chirurgie.

v. Pitha-Billroth, Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie.

Schmidt's Jahrbücher der Medizin.

Schmidt, B., Die Unterleibsbrüche (Deutsche Chirurgie).

Tillmanns, H., Lehrbuch der speziellen Chirurgie.

Volkmann, R., Sammlung klinischer Vorträge.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Paul Dziekan, katholischer Konfession, wurde am 6. September 1873 als Sohn des Volksschulrektors Paul Dziekan zu Breslau geboren. Seine erste Schulbildung genoss er in der Domschule zu Breslau und besuchte darauf das königl. kathol. St. Matthias-Gymnasium derselben Stadt. Ostern 1895 bestand er sein Abiturientenexamen und widmete sich alsdann dem Studium der Medizin. Am 14. Juni 1898 bestand er sein Tentamen physicum zu Breslau, am 5. Juni 1901 vollendete er in Greifswald das medizinische Staatsexamen. Am 29. Juli 1901 legte er die Doktorprüfung in der medizinischen Fakultät in Greifswald ab.

Während seiner Studienzeit hörte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Docenten:

Breslau:

Born†, Chun, Cohn†, Czerny, Filehne, Flügge, Fränkel, Hasse, Heidenhain†, Henle, Hürthle, Kast, Kaufmann, Kolaczek, Kümmel, Küstner, Ladenburg, Magnus, Meyer, Miculicz, Neisser, Pfannenstiel, Ponfick, Schäffer, Uthoff, Wernicke.

Greifswald:

Bier, Bonnet, Busse, Grawitz, Krehl, Loeffler, Martin, Peiper, Schirmer, Schulz, Strübing, Tilmann.

Diesen seinen verehrten Lehrern sagt Verfasser an dieser Stelle seinen ergebenen Dank.

Thesen.

I.

Bei Placenta praevia ist der Wendung nicht sofort die Extraktion anzuschliessen.

II.

Der sportliche Betrieb von Leibesübungen ist vom hygienischen Standpunkte als Leben und Gesundheit gefährdend zu bekämpfen.

III.

Treten Pockenepidemieen auf, so sind die Schwangeren durch erneute Impfung sofort zu schützen und auch die neugebornen Kinder einer sofortigen Impfung zu unterziehen.

Fig. I.

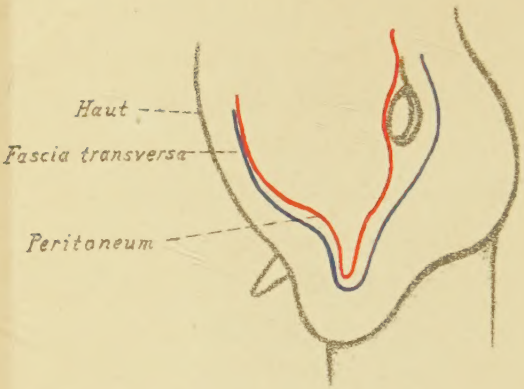
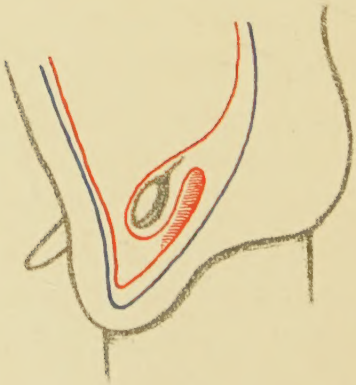


Fig. III.



Figur I u. II nach **Stieda-Pansch.**

Fig. V.

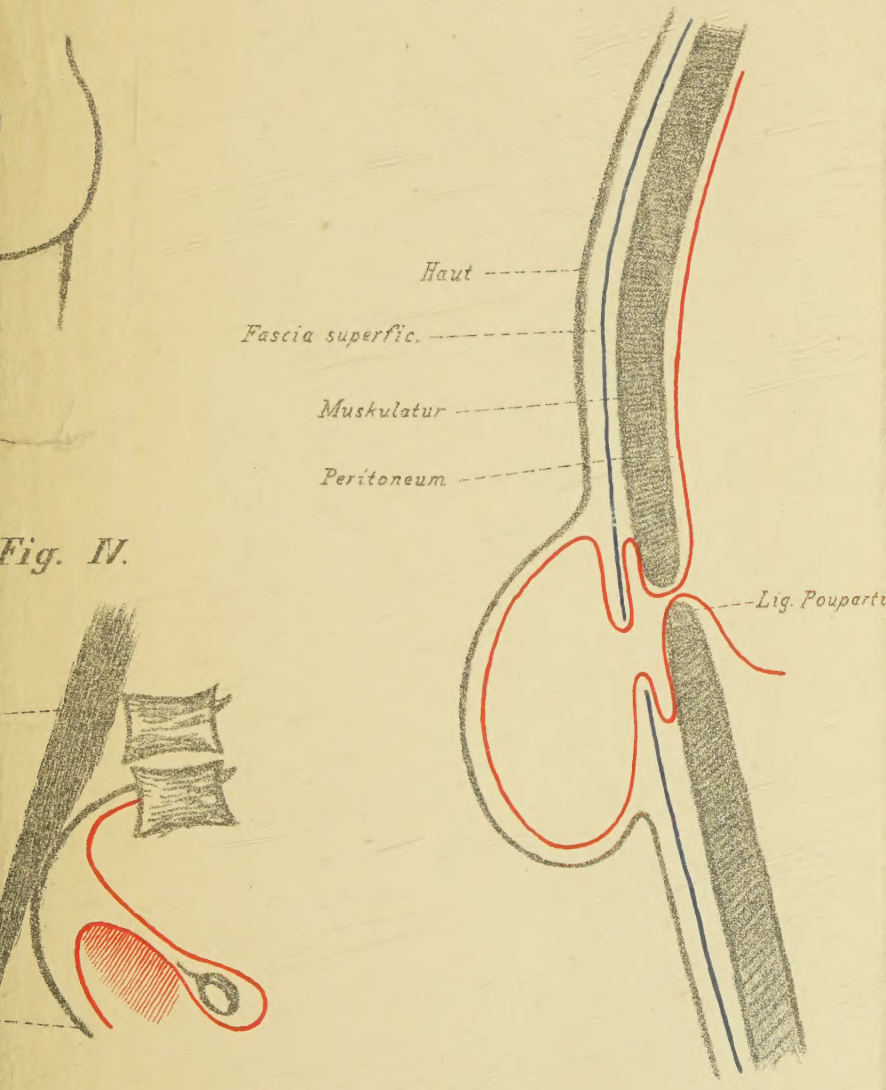

Haut
Fascia superfic.
Muskulatur
Peritoneum
Lig. Poupartii

Fig. IV.